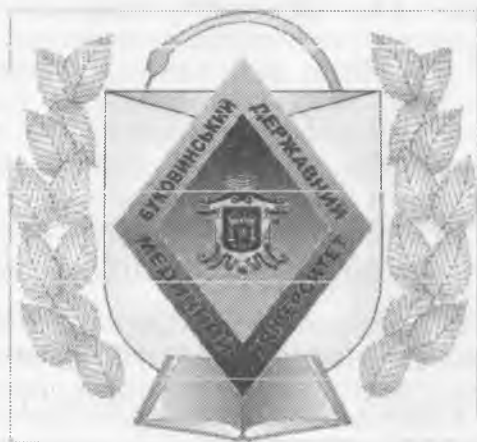


**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
94 – ї**

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

18, 20, 25 лютого 2013 року

Чернівці – 2013

штамами мікобактерій туберкульозу (МБТ). Основна причина погіршення епідемічної ситуації полягає в зміні біологічних властивостей МБТ з розвитком полі- та мультирезистентності штамів *M. tuberculosis* АМБП.

Мета роботи. Вивчити ефективність режимів хіміотерапії у хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень та протитуберкульозну активність гетероциклічних сполук.

Об'єкт дослідження: 43 особи, хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень, МБТ виділені від хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Найвищою часткою в структурі мультирезистентності штамів МБТ серед 43 обстежуваних пацієнтів, є розширена стійкість МБТ, яка встановлена у 67,4% хворих і формується за рахунок резистентності до стрептоміцину (HRS, HRSE, HRSZ, HRSEZ, HRSEEt) у 53,5 % пацієнтів, піразинаміду (HRZ, HRSZ, HRSEZ) – у 27,9 %, етамбутолу (HRE, HRSEZ, HRSEEt, HRSEZ) – у 37,2 %.

Пацієнтам з МРТБ у 46,5 % призначали стандартний та 53,5 % індивідуальний режим хіміотерапії. Дані режими формувалися на основі препаратів 2-го ряду – канаміцину, етіонаміду, ПАСКу та фторхінолонів – офлоксацину, гатифлоксацину, левофлоксацину.

Оцінка режимів хіміотерапії, що проводилася через 6 міс. після проведення корекції лікування та переведення пацієнта на стандартний чи індивідуальний режим хіміотерапії показала, що припинення бактеріовиділення при стандартному та індивідуальному режимах хіміотерапії відбулося у 85 % та 39,1 % відповідно; часткове розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін у 70 % та 60,9 %. Регресія каверн при даних режимах суттєво відрізняється: 65 % при стандартному проти 21,7 % індивідуальному режимі хіміотерапії.

Характерною особливістю МБТ є їх надзвичайна мінливість, завдяки якій вони здатні швидко звикати до антибактеріальних препаратів і, зокрема, до фармакоекономічного і найефективнішого препарату I ряду - ізоніазиду.

Однією із задач нашого дослідження є вивчення ефективності нових сполук на основі молекули ізоніазиду, що володіли б вираженою протитуберкульозною дією особливо при хіміорезистентному туберкульозі. Проведений перший етап синтезу 22 гетероциклічних сполук та постановка їх дії на *M. tuberculosis*.

Використані мікобактерії, виділені з харкотиння 5-ти хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю до АМБП.

Для одержання заявлених сполук, розроблена одностадійна схема, яка базується на конденсації доступних 4(2)-заміщених 1-алкіл(арил)-5-формілімідазолів. При їх нагріванні з гідразидом ізонікотинової кислоти в оцтовій кислоті утворюються відповідні N'-[(1H-імідазол-5-іл)метиле]ізонікотиногідразиди (I-VII), відсоток виходу 75-85 %.

Всього поставлено 250 проб (22 сполуки на 10 хворих (220) + 2 контролю на 10 хворих (20) з розведенням 10^{-2} та 10^{-4} (чисте середовище) + 1 пробірок на 10 хворих (10) з розчинником ДМСО) з концентрацією сполук 1 мкг/мл, 0,2 мкг/мл, 0,1 мкг/мл та 0,05 мкг/мл.

Отже, оцінка режимів хіміотерапії, показала, що ефективнішим виявився стандартний режим антимікобактеріальної терапії за рахунок використання препаратів 2-го ряду та фторхінолонів (EK(Am)ZEt(PASS)Q або EZEtPASSQ), вірогідність достовірна ($p=0,001$). Нові синтезовані сполуки, що містять ізоніазидний та імідазольний фрагменти – N'-[(імідазол-5-іл)метиле] ізонікотиногідразиди володіють протитуберкульозною активністю і можуть бути прототипами для створення нових лікарських засобів і, зокрема, для лікування хіміорезистентних форм туберкульозу легень.

Карвацька Ю.П.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вульгарні вугри, які відносять до піодермій – гноячкових захворювань шкіри, є однією з найбільш поширених груп захворювань шкіри, які в структурі патології шкіри посідають друге місце. Не зважаючи на проведені клініко-лабораторні та експериментальні дослідження з проблем акне, питання етіології та патогенезу вульгарних вугрів залишаються до кінця не з'ясованими. Відомо, що у перебігу дерматозу мають значення спадкова схильність, дефіцит цинку в організмі, гіповітамінози, порушення імунного статусу й мікроциркуляції шкіри, розлади функції органів травного тракту тощо.

За даними літератури, захворювання травного каналу є однією з причин ініціювання та підтримання хронічного характеру ураження шкіри людини. Серед патологій травного тракту дослідники вказують на вагому роль уражень слизової оболонки шлунка, клітин печінки, процесу жовчовиведення, дисбіотичних порушень кишечника.

Кишкова мікрофлора (мікробіота) розглядається як виключно важливий і необхідний орган, яка у вигляді плівки вкриває всю поверхню кишечника і створює природний захисний бар'єр від мікроорганізмів, що потрапляють у кишковий тракт. Мікробіоценоз кишечника – це мікроекологічна система, що еволюційно склалася, в якій мікрофлора з певним видовим складом знаходиться у стані динамічної рівноваги й відповідає поняттю норми. Біфідо- і лактобактерії займають основне місце

підтримуючи баланс і стабілізуючи гомеостаз за рахунок надійного прикріплення до слизової оболонки кишечника. Імуностимулювальна функція нормофлори в найбільшому ступені пов'язана з біфідобактеріями та лактобацилами. Велике значення має біосинтетична діяльність нормофлори товстого кишечника. Детоксикація кишковим еубіоценозом різноманітних екзогенних та ендогенних субстратів і прискорення елімінації їх з організму дозволяє порівняти функціональну їх активність з печінкою.

У зв'язку з наведеними даними, з'ясування патогенетичних ланок вульгарних вугрів з метою розробки високоефективних, патогенетично обґрунтованих методів їх лікування та профілактики є однією з найбільш актуальних задач сучасної дерматології. Разом з тим, дані про стан мікробіотики кишечника у хворих на піодермії, зокрема на вугрову хворобу, поодинокі, часто суперечливі, що і визначає актуальність проведених наукових досліджень.

Метою роботи було визначити показники мікробіотики кишечника хворих на вульгарні вугри з супутніми латентними захворюваннями гепатобіліарної системи та кишкового тракту та визначити ефективність впливу мультипробіотика Симбітер на зміни в мікробіоті кишківника.

З цієї метою проведено клінічне та лабораторне обстеження 29 хворих на вульгарні вугри віком від 18 до 25 років. Серед обстежених було 18 юнаків та 11 дівчат, з яких 22 особи проживали в умовах міста, а 7 – мешкали в сільській місцевості Чернівецької області (Північної Буковини). У всіх обстежених пацієнтів дерматоз мав хронічний перебіг із тривалістю вульгарних вугрів від 5 місяців до 5 років. У 25 (86,2%) пацієнтів діагностовано дерматоз легкого та середнього ступеню тяжкості і лише у 4 (13,8%) пацієнтів процес набував тяжкого перебігу з утворенням конглобатних вугрів із подальшим формуванням рубцевих змін шкіри. З анамнезу відомо, що у 18 (62,1%) пацієнтів були перенесені захворювання органів травлення, а в інших спостерігалися періодичні скарги на порушення функцій шлунково-кишкового тракту. На момент обстеження і лікування у дерматолога активних проявів захворювань органів травлення взятих на облік пацієнтів не виявлено.

Зважаючи на наявність в анамнезі хворих на вульгарні вугри порушень з боку кишкового тракту, при обстеженні таких пацієнтів було проведено визначення стану мікробіоценозу кишечника за загальновідомою методикою.

При проведенні бактеріологічного аналізу калу у 29 хворих на вульгарні вугри лише у четвертій частині пацієнтів (24,1%) результат підтвердив наявність нормофлори в кишківнику. Разом з тим, у 22 (75,0%) пацієнтів виявлено відхилення з боку показників кишкової флори, а саме зменшення абсолютної кількості лакто- та біфідобактерій. Водночас у третині (у 8 осіб – 27,5%) обстежених хворих відмічено наяву бактероїдів, що не відповідає поняттю норма в мікробіоценозі кишечника, а у п'яти (13,8%) пацієнтів спостерігали активний ріст *Candida albicans*, що не є характерним для нормальної мікрофлори кишечника.

У 6 пацієнтів при виявленні змін показників мікробіоти кишківника до базової терапії було додано мультипробіотик Симбітер. У результаті лікування у 2 (33,3%) пацієнтів відмічалася нормалізація мікрофлори, у половини (у 3 осіб – 50%) – спостерігалася тенденція до нормалізації деяких показників мікробіоти і лише у одного хворого (16,6%) не зареєстровано суттєвих змін показників мікрофлори кишечника.

Таким чином, у всіх обстежених хворих на вульгарні вугри із супутніми латентними захворюваннями кишкового тракту виявлено зміни мікрофлори кишечника. Різний ступінь змін показників мікробіоценозу кишечника у хворих на вульгарні вугри вказує на доцільність проведення бактеріологічного дослідження калу на предмет дисбактеріозу, що в подальшому повинно бути враховано при призначенні хворим на вульгарні вугри з наявністю супутніх змін мікробіоти кишкового тракту диференційованої терапії з використанням засобів пробіотичної дії. Застосування в комплексному лікуванні хворих на вульгарні вугри мультипробіотику Симбітер дозволяє досягнути позитивного ефекту в лікуванні виявлених дисбіозів у зазначених пацієнтів.

Крайс О.В., Мойсюк С.В., Яцина О.С.

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРІАЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Псоріаз – хронічний запальний імунозалежний генодерматоз мультифакторного генезу, що передається за домінантним типом із неповною пенетрантністю і характеризується підвищеною проліферативною активністю кератиноцитів із порушенням процесів кератинізації та розвитком патологічних процесів у шкірі, нігтях і суглобах. Виділяють декілька теорій виникнення псоріазу. Однією загальноновизнаних теорій є імунна, згідно з якою процес розвитку запалення при псоріазі – це складний комплекс імунологічних реакцій. Основну роль при цьому відіграє фактор некрозу пухлин альфа (ФНО- α), який синтезують клітини імунної системи. При псоріазі рівень цього фактору різко зростає.

За даними різних авторів, поширеність псоріазу становить 12-15% від загальної кількості захворювань шкіри. В Україні нараховують близько 1,5 млн. хворих на псоріаз. Тому особливо актуальним є вибір ефективних методів лікування псоріазу залежно від стадії процесу, поширеності та інших особливостей перебігу даного захворювання.

Дмитренко Р.Р. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЯСЕН ЩУРІВ ПРИ ГІПОБАРИЧНІЙ ГІПОКСІЇ ТА ЗІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ	184
Ішков М.О. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ПУЛЬПОТЕК» ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПІТУ МОЛЯРІВ МЕТОДОМ ВІТАЛЬНОЇ АМПУТАЦІЇ	184
Калинчук А.І. ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА	185
Караван Я.Р. ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ОНКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У МЕШКАНЦІВ БУКОВИНИ	185
Кузняк Н.Б., Навольський Н.М. СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО РОЗПОВСЮДЖЕННІСТЬ ТА ВИДИ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ	186
Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І. ЗБАГАЧЕНА ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА КРОВІ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З УСКЛАДНЕНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ	187
Левандовський Р.А. КЛЮЧ ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОРИСТУВАННЯ ДЛЯ ЗНЯТТЯ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ	187
Хомич Н.М. ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	188
Хухліна О.І. ВПЛИВ МЕТАЛЕВИХ ВКЛЮЧЕНЬ ПРОТЕЗІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА	188
СЕКЦІЯ 13 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ	
Кравчук С.Ю. ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	190
Крук Т.В. СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ТЕСТУВАННЯ МУТАЦІЙ ГЕНА BRCA1 У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	190
Мойсюк Т.Г., Унгурян В.П. ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ТКАНИНИ ШЛУНКА МЕТОДОМ ПОЛЯРИЗАЦІЙНОЇ ФЛУОРЕСЦЕНЦІЇ	191
Олійник Е.В. ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ ПЕМЕТРЕКСЕДОМ	192
Пересунько О.П., Зелінська Н.В. КОМП'ЮТЕРНА МІКРОСПЕКТРОФОТОМЕТРІЯ СИСТЕМИ «ЕПІТЕЛІЙ-СПОЛУЧНА ТКАНИНА» В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	193
Сеніотович Р.В., Івашук О.І. ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ РАКУ ШЛУНКА (ДОСВІД 1 РОКУ)	195
Шульгіна В.В. ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ	196
Шумко Б.І., Гушул І.Я. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАНОГЛОТКИ	197
СЕКЦІЯ 14 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
Баланюк І.В. ПЕРЕБІГ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ НА БУКОВИНІ	197
Бойко А.В. ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	198
Височанська Т.П. ДИНАМІКА ЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ БІОСУБСТРАТІВ У ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНИЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ ВНАСЛІДОК КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕМЕНТОВМІСНИХ ЗАСОБІВ	199
Возна Х.І. КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА БУКОВИНІ	199
Волошина Н.О., Денисенко О.І. ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ	200
Гаєвська М.Ю., Денисенко О.І., Круцяк О.В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	201
Герман А.О. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	202
Голяр О.І. ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ «БІФІФОРМУ ДИТЯЧОГО ПОРОШКУ №21» МІКРОФЛОРИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОНКОЇ КИШКИ БІЛИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДИСБАКТЕРІОЗОМ	202
Гулей Л.О., Перепічка М.П. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ ТА АНТИОКСИДАНТІВ	203
Давиденко О.М., Мироник О.В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАМБЕРИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЖОВТЯНИЧНІ ФОРМИ ЛЕПТОСПІРОЗУ	204
Денисенко О. І. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ФОРМИ ПСОРИАЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАСОБІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ	204
Єременчук І.В. ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛУ	205
Карвацька Ю.П. ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ	206
Крайс О.В., Мойсюк С.В., Яцина О.С. ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	207
Мигайлюк Л.Д. ІНГАЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ПОЗАГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ	208
	289